

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

119

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madame LAZARD, née LEVAILLANT Françoise

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née à Dijon (Côte-d'Or), le 5 Octobre 1909

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE CERTAINES
FORMES TROMPEUSES
DE CANCERS DU SEIN**

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

N°

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Madame LAZARD, née LEVAILLANT Françoise

ANCIENNE EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Née à Dijon (Côte-d'Or), le 5 Octobre 1909

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE CERTAINES

FORMES TROMPEUSES

DE CANCERS DU SEIN

Président : M. MATHIEU, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—
1940

I. — PROFESSEURS

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie et thérapeutique générales
 Pathologie médicale

Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique Médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique de cardiologie
 Clinique de neuro-chirurgie
 Assistance médico-sociale

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRÉ.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 PASTEUR-VALLERY
 RADOT.
 MONDOR.
 LEROUX.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 AUBERTIN.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LÉVY-VALENSI.
 Henri BÉNARD.
 CHIRAY.
 ABRAMI.
 FIESSINGER.
 LOEPER.
 RATHERY.
 LEREBoullet.
 NOBÉCOURT.
 LAIGNEL-LAVASTINE
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNÉO.
 GOSSET.
 GRÉGOIRE.
 LENORMANT.
 VELTER.
 CHEVASSU.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 LÉVY-SOLAL.
 MOCQUOT
 OMBRÉDANNE.
 HARVIER.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 Maurice VILLARET.
 TROISIER.
 MATHIEU.
 LAUBRY.
 Clovis VINCENT.
 N...
 HAZARD
 MULON.
 OLIVIER.
 SANNIÉ.
 VERNE.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BERNARD (E.). Pathologie médicale.
 BEZANÇON (J.). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER Chimie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROUET Pathologie médicale.
 RULLIARD Histologie.
 CACHERA Pathologie médicale.
 SORDIER Anatomie.

MM.
 COSTE Pathologie médicale.
 COUVELAIRE
 (Roger) Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGRETZ (H.).. Pathologie.
 DESOILLE Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
GARCIN	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} GAUTHIER- VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MENEGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
DE GENNES ..	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
HAGUENAU ..	Pathologie médicale.	PETIT-DUTAIL- LIS	Pathologie chirurgicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophthalmologie.
JOANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
LACOMME	Obstétrique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
LAVIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
M ^{me} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
LENÈGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
CHAILEY- BERT	Physiologie.	NEVEU- LEMAIRE ..	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL ..	Obstétrique.
HEITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ.	
CATHALA		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHEVALLIER		DE GAUDART	
GASTINEL		D'ALLAINES.	
DONZELOT.		MOULONGUET.	
DUVOIR.		MOURE.	
HUGUENIN		QUÉNU.	
LAROCHE (G.).			
LIAN.			
MOREAU			
PIÉDELIEVRE.			
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDoux-LEBARU	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique de l'Adulte
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CANTONNET

Ophtalmologiste des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE

Chirurgien de l'Hôpital des Enfants malades

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

MONSIEUR LE DOCTEUR WEILL-HALLE

Médecin de l'Hôpital des Enfants malades

Chargé de cours de Puériculture à la Faculté
de Médecine de Paris

INTRODUCTION

Il semblerait que tout a été dit sur les variétés cliniques et les aspects macroscopiques des épithéliomas du sein. Cependant, bien que n'ayant pas la prétention d'avoir lu toute la littérature se rapportant à ce sujet, nous n'avons trouvé que fort peu d'observations comparables aux nôtres et nous avons vérifié que la plupart des traités n'attirent nullement l'attention sur la dangereuse erreur dont pourra être victime le chirurgien qui, se fiant à un aspect de suppuration, croira pouvoir éliminer l'hypothèse de cancer.

Muni seulement des notions classiques trop simplistes, nous sommes, dans un premier cas, passés totalement à côté du diagnostic, et la malignité de la lésion ne nous a été révélée que trop tard par son évolution inexorable. Dans deux autres cas, notre ignorance n'a pas été préjudiciable à la malade, grâce une fois à un examen histologique extemporané, l'autre fois à une décision opératoire juste fondée sur la clinique, et à laquelle on aurait certainement renoncé si on avait fait une coupe macroscopique de la tumeur.

Dans nos trois observations le hasard a joué un rôle, tantôt défavorable, tantôt favorable. Pour l'éliminer dans l'avenir, il nous a paru utile de rapprocher ces observations, de les confronter avec les données classiques et les faits épars que nous avons pu rassembler. Notre conclusion sera, une fois de plus, un plaidoyer en faveur de la pratique de l'examen histologique extemporané.

**NOTIONS CLASSIQUES SUR LE DIAGNOSTIC
ENTRE CANCER, MAMMITES CHRONIQUES
ET KYSTES DU SEIN**

1° MAMMITES CHRONIQUES ET CANCER

Tous les traités s'étendent longuement sur les nuances cliniques qui, en présence d'une petite tumeur d'un sein, chez une femme d'une quarantaine d'années, incitent à s'orienter vers l'une ou l'autre de ces hypothèses : si l'on retrouve des antécédents de mastite aiguë, si la masse a évolué par poussées séparées par des phases de rémission, si ces poussées à fortiori étaient douloureuses et coïncidaient avec les périodes menstruelles, on pensera qu'il s'agit d'une mastite chronique. Si au contraire l'évolution a été régulièrement progressive, sans rémission, indolore, le cancer sera suspecté ; même les caractères de l'adénopathie sont sensés avoir une valeur d'indication diagnostique.

Cependant, il existe des cancers légèrement douloureux à la pression ; un néoplasme peut apparaître chez une femme ayant eu autrefois un abcès en cours

de lactation ; une mastite peut évoluer sans rémission pendant longtemps, et être à peu près indolore.

De cette insuffisance des critères cliniques découle tout naturellement la recherche d'un procédé de diagnostic plus sûr : les auteurs sont d'accord pour préconiser *l'incision exploratrice* directe de la tumeur, qui joindrait à l'avantage de la simplicité celui d'une rigueur suffisante : sans remonter très loin, citons quelques traités récents : Dans le *Précis de Pathologie Chirurgicale*, LECÈNE et LENORMANT écrivent : « ...la seule chose à faire dans ces cas, c'est de pratiquer une *incision exploratrice*, qui permettra soit de trancher immédiatement la question (présence de pus par exemple), soit de pratiquer une biopsie ». Et LECÈNE, dans sa *Thérapeutique Chirurgicale* : « ...Il faut toujours, dans ces cas difficiles, *inciser franchement au bistouri la totalité de la tumeur mammaire*, avant de décider une amputation du sein ; l'écoulement du pus et les caractères anatomiques des parois de l'abcès mammaire ne laisseront aucun doute sur le diagnostic exact ». MOULONGUET, plus récemment, reprend ce conseil de la façon la plus nette dans les *Diagnostics Anatomo-cliniques de Lecène* : « ...un examen anatomique est presque toujours indispensable, c'est-à-dire qu'avant toute autre intervention il faut faire une large incision sur la tumeur suspecte ». (Cela dans les cas de mastites de diagnostic douteux). Et plus loin, revenant à l'incision exploratrice à propos des cancers, il con-

clut : « Et combien d'amputations du sein inutiles, pour mammites, kystes, cytotéatonecroses, seront ainsi évitées ! »

FORGUE, dans son *Précis de Pathologie externe*, plus optimiste encore, dit que lorsqu'existent des antécédents récents de lactation, « ...il faut toujours penser à la possibilité de ces abcès chroniques et ne point s'en laisser imposer par leur dureté apparente : une ponction exploratrice, aspirant du pus, tranche le diagnostic ».

Plus nuancée est l'opinion de PATEL dans le récent *Précis de Diagnostic chirurgical* : l'examen histologique extemporané étant entré dans la pratique, il ne manque pas de le mettre en valeur, et de sous-entendre sa préférence pour lui ; mais ceci sans raison nettement exprimée, puisqu'il concède que « ...Arguant qu'il est possible de distinguer à l'œil nu entre les types courants des maladies du sein, la plupart des chirurgiens basent leurs décisions sur l'aspect macroscopique de la tranche de section du nodule glandulaire ».

2° KYSTES ET CANCER DU SEIN

Nous pourrions dans ce paragraphe reprendre la discussion presque dans les mêmes termes que dans le précédent ; souvent d'ailleurs kystes et mastites sont cités ensemble dans le chapitre *diagnostic* des traités.

Nous éliminerons d'abord cependant la *Maladie kystique de Reclus* : les discussions interminables qu'elle a soulevées semblent définitivement périmées depuis que le facteur endocrinien a été mis en évidence dans sa pathogénie ; son diagnostic semble rarement présenter de difficultés ; seule reste en suspens la question de sa transformation cancéreuse ou de la co-existence avec les kystes d'un épithélioma : tout le monde est d'accord pour dire que seul le microscope pourra la déceler, en l'absence de signes cliniques évidents.

Il n'en est pas de même des *kystes solitaires du sein*. Rien, dans l'histoire d'une petite tumeur isolée de connaissance récente, ne permet de faire la discrimination. Parfois une palpation experte et attentive décèlera la fluctuation qui orientera l'esprit, mais souvent le diagnostic restera en suspens : cancer, adénome, ou kyste ? RECLUS alors proposait la ponction. Reprenant nos traités, nous pourrions encore accumuler les citations : la plus caractéristique est celle de LECÈNE et LENORMANT : « ...le diagnostic doit toujours être précisé rapidement, soit par une ponction exploratrice, soit mieux par une *incision franche*, qui aura l'avantage d'être curatrice s'il s'agit d'un simple kyste du sein, lésion essentiellement bénigne qu'il serait coupable de traiter par l'amputation du sein ».

Nous reconnaissons volontiers qu'à lire les traités, et plus encore les publications spécialisées, on ren-

contre souvent les réserves dont il est prudent de ne jamais se départir en matière de cancer, et nous en citerons plus loin un certain nombre d'exemples recueillis au cours des recherches bibliographiques que nous avons faites à l'occasion de ce travail. Toute tumeur de la mammelle, lit-on, doit être examinée histologiquement, car elle pourrait jouer le rôle de manifestation pré-cancéreuse ; et, si nous ignorons la cause déterminante du cancer, du moins pouvons-nous penser qu'une lésion pré-existante en facilitera l'apparition.

C'est sur ce thème que se sont déroulées de copieuses discussions, tant sur les mammites que sur les kystes, la maladie de Reclus, les adénomes. Dans son livre de 1927, DELBET analyse et décrit longuement la série d'aspects qui, selon lui, forment une chaîne continue entre la mammite chronique et le cancer, ajoutant que certaines formations d'aspect bénin, tel qu'un kyste de mammite, peut co-exister avec un début de cancérisation apparaissant en un autre point de la glande.

Il n'en reste pas moins que les notions les plus répandues, celles qui guident journellement la conduite clinique de la plupart des médecins et des chirurgiens, sont celles qui ressortent des quelques citations que nous avons données plus haut : à savoir que, à défaut de caractères cliniques nets et (cela, tout le monde le sait) toujours sujets à caution, l'aspect macroscopique de la tranche de section de la tumeur

renseignera toujours suffisamment : soit malignité certaine, soit bénignité certaine, soit aspect douteux réclamant de toute évidence une confirmation histologique.

Or, trois observations que nous avons recueillies en l'espace de deux ans nous ont fait réfléchir sur ces propositions, et nous avons cru intéressant de les rassembler pour montrer que trois aspects différents de lésions mammaires, mais qui tous trois semblaient indiscutablement bénins, cachaient une transformation néoplasique et que par conséquent, pas plus que les données de la clinique, la coupe macroscopique ne constituait un critérium suffisant ; l'histologie restant en dernière analyse seule décisive pour fixer l'indication opératoire.

Nous exposerons d'abord le détail de ces observations, après quoi nous rassemblerons les rares documents analogues que nous avons pu trouver dans la littérature, pour tenter d'en dégager une idée d'ensemble et des conclusions pratiques.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

(Observation recueillie à la Clinique Thérapeutique Chirurgicale et publiée avec la bienveillante autorisation de M. le Professeur Pierre Duval, à qui nous exprimons ici nos remerciements respectueux.)

Mme Dep... Marthe, âgée de 39 ans, mère de 5 enfants, entre à l'hôpital de Vaugirard le 25 juin 1936. Elle est en cours d'allaitement, un mois 1/2 après son dernier accouchement, et présente une tuméfaction du sein gauche accompagnée de douleurs lancinantes et pulsatiles; la température est à 40°. (Nous n'avons pu rétrospectivement trouver de renseignements plus détaillés sur les circonstances d'apparition de cette tuméfaction, qui se présentait, semble-t-il, comme le plus banal des abcès de la lactation.) Après cinq jours de préparation et de tentative inefficace de traitement abortif, l'incision est pratiquée par un de nos collègues :

1^{re} intervention, le 30 juin 1936. — Abcès au sein, Incision sous-mammaire, Drain.

La malade sort de l'hôpital le 5 juillet, et vient régulièrement se faire panser. En novembre, survient un erysipèle du membre supérieur gauche, pour lequel elle est hospitalisée au service des contagieux (Hôpital Claude Bernard) du 17 au 26 novembre 1936. Le 19 février 1937, elle rentre à Vaugirard pour une nouvelle poussée de son infection mammaire. C'est alors que nous sommes amenés à l'examiner.

L'état général est médiocre, la température oscille entre 38° 5 et 39° 5. Le sein est volumineux, rouge, tendu, douloureux à la palpation, sans fluctuation nette. On porte le diagnostic de panmastite chronique suppurée consécutive à l'abcès initial. On entreprend une vaccination au Propidon, et on décide de faire sans tarder une large intervention de drainage.

2^{me} intervention, le 22 février 1937 (F. Lazard). — Gros abcès chronique du sein. Incision sous-mammaire; évacuation de plusieurs collections minimes, disséminées au sein d'une épaisse réaction fibreuse pseudo-tumorale. On sectionne ces cloisons fibreuses de façon à drainer aussi largement que possible, et on place deux gros drains de caoutchouc. On prélève un fragment de ce tissu pour examen histologique.

Le drainage ne paraissant pas suffisant, on réintervient.

3^{me} intervention, le 6 mars 1937. — Incision d'une collection résiduelle séro-purulente.

À la suite de cette intervention, l'état semble s'améliorer, et la malade sort le 14 mars; elle revient régulièrement se faire faire ses pansements.

Par suite de circonstances matérielles fortuites, nous n'avons pu avoir connaissance à cette époque du résultat de l'examen histologique que nous n'avions d'ailleurs demandé que par souci de compléter une observation qui nous paraissait claire et cohérente : le diagnostic d'abcès chronique total de la glande nous paraissant hors de discussion.

Quittant le service, nous perdons alors provisoirement la malade de vue. Nous apprenons que, du 18 au 23 mai, elle a présenté une nouvelle poussée de lymphangite aiguë qui commença au niveau du sein, et s'étendit à l'aisselle et à la face interne du bras, puis céda sous l'influence de la thérapeutique banale (pansements alcoolisés).

Cependant l'état ne s'améliore pas et la malade se fait hospitaliser une fois de plus le 9 juin 1937. Dans l'espoir de mettre fin à cette suppuration qui dure depuis un an, on décide de faire une mammectomie totale, qui sera pratiquée par l'interne du service :

4^{me} intervention, le 5 juin 1937. — Incision en raquette. On clive difficilement le sein des plans profonds auxquels il adhère près de la région axillaire, dans laquelle de gros ganglions indurés sont sentis. On réunit par deux points de suture la partie externe, et on laisse largement ouverte la plus grande porte de l'incision, au point déclive de laquelle on place un drain.

Le diagnostic exact est porté enfin six mois plus tard : le 19 janvier 1938, on note à l'occasion d'une nouvelle hospitalisation de quelques jours : « Récidive de néoplasme du sein; tumeur de la grosseur d'une orange, violacée, ulcérée sur la surface d'une pièce de 5 francs.

Malade dirigée sur le service d'électro-radiologie de l'Hôpital Necker. »

A partir de ce moment se poursuit l'évolution lamentable des cancers du sein arrivés à leur phase terminale : l'ulcération s'étend rapidement, gagnant la ligne axillaire puis la face dorsale du thorax, elle est le siège d'un suintement sanieux, et à plusieurs reprises se produisent des hémorragies abondantes. Les deux mains se déforment et se raidissent en une griffe, due peut-être à une métastase cérébrale ou médullaire. Finalement, la mort survient le 2 décembre 1938, deux ans et demi après le début apparent de l'affection. L'autopsie a permis de constater des métastases multiples surtout cérébrales et pulmonaires.

Nous n'avons retrouvé que trop tard les coupes histologiques pratiquées lors de la deuxième intervention de drainage. Le docteur ISIDOR, chef de laboratoire à l'hôpital de Vaugirard, a bien voulu les examiner, ce dont nous le remercions vivement. Voici son compte rendu :

« La tumeur est constituée par de multiples cordons épithéliomateux formés d'éléments polyédriques souvent clairs, à gros noyaux irréguliers, souvent en mitoses.

Ces cordons, très souvent de grandes dimensions, sont centrés par une zone nécrotique.

Ils sont séparés les uns des autres par un stroma très riche en fibroblastes et dans lequel le collagène est rare.

Ce stroma est infiltré par un nombre très élevé d'éléments inflammatoires, qui, en plusieurs points, se groupent en petits foyers purulents.

A noter un processus de désintégration des éléments

épithéliomateux, et à leur contact un processus de macrophagie (lipophagie) caractérisé par un afflux de cellules spongiocytaires.

Çà et là, le tissu intersticiel évolue vers la dégénérescence amyloïde.

En résumé : Epithélioma trabéculaire atypique très nécrotique. Il est possible que le processus nécrotique particulièrement intense ait déterminé une réaction inflammatoire, dont la teneur évolutive est signée par l'amylose tissulaire, puis une réaction inflammatoire plus brutale, à caractères nettement aseptiques, signée par la formation d'abcès intra-parenchymateux. »

Cette observation nous paraît présenter un grand intérêt, tant au point de vue de son évolution clinique qu'à celui de l'aspect microscopique de la coupe. L'une et l'autre sont d'ailleurs étroitement superposables :

Cliniquement, une affection qui commence comme un abcès du sein, au cours de l'allaitement ; qui s'accompagne d'élévation thermique, se manifeste par des phénomènes inflammatoires, et aboutit à une collection suppurée qui semble devoir guérir par l'incision ; puis, après des poussées inflammatoires espacées, dont certaines ayant déterminé une lymphangite axillaire et brachiale, la suppuration gagne la totalité des lobes glandulaires, et ainsi se constitue au bout de huit mois une mastite suppurée massive formée de la juxtaposition de plusieurs abcès de

faible volume, séparés par des cloisons épaisses. Cet aspect était assez frappant pour avoir été qualifié de *pseudo-tumoral*. Plus tard, la suppuration continue à dominer le tableau, au point que malgré l'adhérence au grand pectoral on ne pense pas encore, lors de la quatrième intervention, qu'il puisse s'agir d'autre chose. Ce n'est qu'au bout de dix-huit mois que la vérité finit par s'imposer, mais trop tard pour qu'on puisse songer à un traitement actif.

Nous ne pouvons préciser exactement le mode de début clinique de ce cancer : existait-il une tumeur pré-existante à l'abcès, ou y a-t-il eu simultanément suppuration et cancérisation, ou l'abcès s'est-il secondairement transformé en cancer ? Dans le cas de la succession dans le temps, les deux affections ont-elles été initialement distinctes ou non dans leur localisation ? Il est difficile de répondre avec certitude.

Déjà cependant la clinique et l'anatomie microscopique nous orientent vers l'hypothèse de l'intrication intime des deux processus : huit mois après le début de la suppuration, il n'existe aucune tumeur localisée, mais un réseau fibreux diffus atteignant toute la glande.

A la lumière de l'histologie, l'interpénétration des phénomènes nous apparaît encore plus intime, permettant d'éliminer les hypothèses de succession dans le temps et de juxtaposition dans l'espace : il semble qu'il se soit agi d'un cancer nécrotique avec réaction inflammatoire lente, puis suppuration aseptique. Ce

dernier caractère est particulièrement important à noter : on aurait pu, en effet, supposer que la suppuration n'était qu'un phénomène contingent et secondaire d'origine externe ; il est probable qu'après les incisions s'est développée une flore microbienne banale qui a pu participer à la formation ultérieure du pus et aux poussées érysipélateuses, mais l'existence sur la coupe d'une réaction inflammatoire aseptique et d'abcès intra-parenchymateux prouve bien que cette réaction est autochtone et spontanée.

Il nous faut en outre noter, parmi les facteurs étiologiques dignes d'attention, l'influence de la lactation. Sans que nous puissions certifier la relation de cause à effet, la coïncidence nous semble remarquable.

Il est classique, d'ailleurs, depuis Volkmann, de décrire une forme de cancer particulière à la femme en lactation. Mais si cette *mastite carcinomateuse*, rare bien que figurée dans tous les livres, présente au premier abord un aspect d'inflammation aiguë, elle n'évolue pas vers la suppuration et son évolution rapide ne laisse pas longtemps place au doute. Notre observation n'a donc avec elle aucune analogie réelle.

Aurait-il été possible, chez notre malade, de faire à temps le diagnostic de malignité ? Tout au début, nous ne saurions le dire : nous ignorons s'il existait à cette époque des formations pouvant éveiller l'idée d'une tumeur. Mais huit mois plus tard, nous avons

été frappés de l'épaisseur et de la dureté des cloisons séparant les cavités suppurées, au point que nous les avons qualifiées de « pseudo-tumorales ». Malheureusement, obnubilés par la suppuration, nous n'avons pas songé à rechercher la pièce de biopsie égarée et avons laissé le cancer évoluer ; nous ne commettrons certes plus cette faute. Mais plus d'un an après encore, la suppuration persistante fausse à ce point le jugement que notre collègue note la diffusion de la lésion et l'adhérence du sein au grand pectoral, sans que de ces constatations découle, comme il se devrait, le diagnostic de cancer.

Pour conclure, nous dirons que cet abcès chronique du sein, des plus typiques en apparence par ses conditions d'apparition et ses caractères macroscopiques, était en réalité un épithélioma, mais un épithélioma dans le parenchyme duquel avait évolué un processus de nécrose cellulaire d'une intensité telle qu'il avait abouti à une réaction inflammatoire et à une suppuration aseptique à foyers multiples.

OBSERVATION II

(Service du docteur Jean Berger, hôpital Necker)

M^{me} Str... Marguerite, âgée de 54 ans, entre à l'hôpital le 26 septembre 1938, pour une tumeur du sein droit. Un an auparavant environ, son attention a été attirée par une petite tuméfaction. Depuis cette époque, l'augmentation de volume en a été lentement progressive : d'abord indolore, elle n'inquiétait pas la malade, puis il y a quelques semaines une douleur vive se fit sentir spontanément au moment d'une période menstruelle, et la décida à venir consulter.

L'interrogatoire ne révèle aucun antécédent notable ; deux allaitements ont été conduits normalement, sans accidents septiques. ●

Lorsque nous l'examinons, nous constatons l'existence d'une petite tumeur occupant le pôle axillaire du sein droit ; tumeur du volume approximatif d'une noix, mais mal limitée, dure, légèrement douloureuse à la pression, adhérente à la peau en son centre, non adhérente aux plans profonds. Des ganglions sont perceptibles dans l'aisselle. Rien n'est à signaler par ailleurs.

Il s'agit donc d'un exemple typique du problème : mastite chronique ou cancer ?

En faveur de la mastite, la poussée menstruelle douloureuse. En faveur du cancer, l'apparition récente

d'une petite tumeur, chez une femme de 54 ans, n'ayant eu jusque là aucune histoire pathologique mammaire.

Penchant nettement vers la seconde hypothèse, mais désireux d'éliminer le moindre risque de mutilation inutile, nous décidons d'intervenir sous le contrôle de l'examen histologique extemporané.

Intervention le 4 octobre 1938 (F. Lazard). Ether.

Premier temps : excision en bloc de la tumeur. Les limites en sont très incertaines et, sectionnant dans du tissu de mastite scléreuse, on observe à un moment l'issue d'une petite quantité d'un liquide puriforme jaunâtre. Nous pensons alors qu'il s'agit d'une mastite simple, et nous préparons à refermer sur un petit drainage. Mais quelques instants plus tard, à notre grande surprise, l'histologiste, notre collègue Millot, après examen à l'ultropak, nous déclare qu'il constate l'existence d'un épithélioma.

Deuxième temps. Nous pratiquons alors l'amputation du sein avec curage axillaire. Nous sectionnons délibérément le nerf du grand dorsal englobé dans un amas de tissu cellulo-ganglionnaire dense. La réunion cutanée est difficile et nécessite un décollement cutané. Drainage par une contre-incision axillaire.

Suites normales sans incidents. La malade quitte l'hôpital le dix-huitième jour. Elle est revue en parfait état au bout de huit mois (1^{er} juin 1939).

L'examen histologique complet de la pièce est pratiqué sur coupes à la paraffine (Milot) :

« Epithélioma cylindrique assez polymorphe : par

places, glandulaire typique, en d'autres points au contraire assez atypique ou même très infiltrant.

Propagation libre du tissu cellulo-adipeux. Nombreuses embolies lymphatiques.

Dans l'ensemble, le stroma est plutôt fibreux dense, les cellules néoplasiques se coulant le long des faisceaux fibreux. *Cependant, en un point, on note une certaine tendance à la nécrobiose, avec quelques rares éléments inflammatoires.*

Très petits ganglions, mais tous envahis par un épithélioma très infiltrant. »

En somme, cliniquement, nous étions portés dans ce cas, à faire le diagnostic de cancer, n'était l'existence d'une poussée douloureuse qui nous avait forcés à envisager la possibilité d'une mastite.

Opérant alors sous le contrôle d'un examen histologique extemporané, nous avons, au cours du premier temps opératoire, observé l'issue d'un peu de liquide puriforme qui a semblé venir des confins de la masse tumorale dont les limites étaient des plus imprécises.

Pensant alors que l'hypothèse de bénignité se vérifiait nous nous en félicitions déjà, lorsque le microscope, à notre grande surprise, vint la contredire formellement.

Si nous n'avions pu y recourir et nous étions contentés de la classique incision exploratrice, il est bien évident que nous aurions laissé le cancer évoluer.

Enfin, nous trouvons particulièrement intéressant de rapprocher le compte rendu histologique ci-dessus de celui de notre observation I : à un degré moins avancé, nous y trouvons les mêmes lésions inflammatoires aseptiques formant des micro-abcès intratumoraux résultant vraisemblablement de la nécrobiose tissulaire.

Ce sont des caractères auxquels se superposent les aspects macroscopiques et l'évolution clinique, et que, pour n'avoir pas rencontré de description analogue, nous croyons exceptionnels.

Notre troisième observation se distingue des deux premières par le fait qu'il ne s'agit pas d'un aspect de mastite, mais d'un kyste. Cette fois encore, l'histologie sera d'accord avec la clinique en montrant, non les caractères de l'inflammation, mais des lésions dystrophiques associées au cancer.

OBSERVATION III

(Service du docteur Jean Berger, hôpital Necker)

M^{me} Per... Simone, âgée de 52 ans, gérante d'un magasin de laiterie, entre à l'hôpital Necker, le 13 décembre 1938 pour une tumeur du sein gauche dont elle a noté l'apparition deux ou trois mois auparavant. Elle n'a jamais ressenti de douleurs, et ne présente **aucun antécédent pathologique mammaire.**

A l'examen, on constate l'existence d'une petite tumeur, siégeant dans le quadrant supéro-externe du sein; tumeur du volume d'une petite noix, arrondie, bien limitée, n'adhérant ni à la peau ni au grand pectoral, bien mobile; de consistance très dure, de forme régulière; parfaitement indolore à la pression. L'exploration de l'aisselle ne permet de sentir aucun ganglion.

Le reste de la glande et l'autre sein paraissent normaux.

Bref, tous les caractères cliniques sont ceux d'un adénome. Cependant, une tumeur d'apparition récente (la maladie est formelle sur ce point), chez une femme de 52 ans, paraissant éminemment suspecte, on porte le diagnostic de cancer et on opère.

Intervention le 24 décembre 1938. Ether.

Amputation élargie du sein. Petits ganglions visibles dans l'aisselle, dont le curage paraît aussi complet que possible. Drain axillaire, suture cutanée aux crins et agrafes.

A la coupe de la pièce, on a la surprise de constater qu'il s'agit non pas d'une tumeur, mais d'un kyste : cavité sphérique de deux centimètres et demi de diamètre, contenant un liquide puriforme épais, verdâtre, bien lié, analogue au pus staphylococcique, et limité par une mince paroi membraneuse, sans réaction de voisinage.

Cet aspect bénin en apparence fait naître la crainte de l'erreur de diagnostic et le remords de l'exérèse injustifiée.

Mais ceux-ci sont dissipés quelques jours plus tard par l'examen histologique, en même temps que l'avenir de la malade s'en trouve assombri.

Examen histologique (Millot) : Lésion mammaire assez curieuse, constituée surtout par des acini dysplasiques et des galactophores dilatés épars dans un tissu cellulo-adipeux extrêmement lâche.

En un point, on trouve un nodule adénomateux très actif, et qui paraît assez suspect, malgré l'absence de mitoses ou de monstruosité, par la seule abondance des cellules qui arrivent à former des boyaux pleins.

Aucune réaction inflammatoire.

L'examen des ganglions révèle des métastases massives d'un épithélioma cylindrique atypique, confirmant ainsi la présomption portée à l'examen de la glande.

Les suites opératoires sont normales et la malade quitte l'hôpital le seizième jour. Elle est revue à plu-

sieurs reprises en très bon état, et pour la dernière fois au bout de six mois, en juin 1939. (L'étendue des suites éloignées, pour importante qu'elle soit, n'est pas le pont de vue qui nous intéresse dans ce travail.)

En résumé, nous nous sommes trouvés en présence d'une malade chez qui, cliniquement, nous avons porté le diagnostic de cancer ; macroscopiquement, la pièce avait tous les caractères d'un kyste solitaire bénin ; mais au microscope on a pu découvrir l'association de lésions dysplasiques correspondant au kyste, et d'une dégénérescence épithéliomateuse qui, bien que très limitée, n'en avait pas moins déjà engendré un envahissement ganglionnaire massif.

Nous nous sommes félicités alors de nous être fiés à notre impression clinique : si en effet nous avions fait, dans l'espoir de préciser le diagnostic, soit une ponction, soit l'incision exploratrice de la tumeur, il est certain que le diagnostic de bénignité aurait été seul retenu.

Mais nous devons aller plus loin : étant donné l'extrême petitesse du noyau cancéreux, il est non moins certain qu'une biopsie extemporanée aurait eu les plus grandes chances de passer à côté ; eût-il même été intéressé par la coupe, ses caractères histologiques n'étaient pas assez nets pour emporter la conviction, et il est plus que probable que nous nous serions contentés d'une opération limitée et incomplète, au grand préjudice de la malade.

La part du hasard est donc très grande, qui nous a fait appliquer dans ce cas une thérapeutique adéquate. Nous en retirerons un double enseignement :

D'abord, qu'il est bon de tenir toujours le plus grand compte des données de la clinique, même en présence de celles de l'anatomie pathologique macroscopique et microscopique.

Ensuite, qu'une biopsie extemporanée négative ou douteuse peut être sans valeur et qu'en un tel cas le prélèvement d'un ganglion axillaire pourrait être décisif.

Considérons ensemble ces trois observations : nous pouvons nous placer à deux points de vue différents et également dignes d'intérêt.

D'une part, le point de vue strictement pratique du diagnostic avant et en cours d'intervention, et de la conduite immédiate qui en découle.

D'autre part, le point de vue théorique de l'association anatomique du cancer et de la suppuration.

Du point de vue pratique, nos trois observations sont comparables par le fait qu'elles mettent en évidence des aspects trompeurs de cancers du sein. L'enseignement que nous en retirons, déjà maintes fois répété, mais sur lequel nous ne craignons pas d'insister encore, est que les caractères cliniques et macroscopiques que l'on a coutume de rapporter à des lésions bénignes sont rien moins qu'absolus et que, loin d'être un luxe, l'examen histologique extemporané, depuis qu'il est techniquement bien au point,

constitue un minimum de précaution indispensable à la sécurité que le chirurgien doit assurer à sa malade.

De plus, notre observation III nous a mis en présence d'une lésion semblant bénigne à la coupe, douteuse au microscope. Or, de par la clinique, ce devait être un cancer, et l'envahissement des ganglions l'a prouvé. Nous retiendrons ce fait pour conseiller, dans des cas semblables, de tenir compte des données de la clinique et de compléter la biopsie de la tumeur par le prélèvement d'un ganglion axillaire, facile à exécuter.

On pourrait faire à cette technique le reproche d'ouvrir les voies lymphatiques et de favoriser l'essaimage du cancer : nous pensons que ce risque hypothétique n'est rien à côté de la certitude que donnerait le résultat positif de la biopsie ; et que, l'opération de Halsted suivant immédiatement, le curage de l'aiselle enlèvera toute la zone suspecte, en ouvrant d'ailleurs inévitablement les lymphatiques, et de façon bien plus large encore. Quant à l'argument esthétique, il est ici inexistant, pour la double raison qu'il ne doit jamais jouer en matière de cancer, et qu'une incision axillaire, si elle n'est pas suivie de l'amputation du sein, sera parfaitement dissimulée.

Le point de vue théorique ne manque pas d'intérêt. Mais ici nos trois observations sont très dissemblables.

Passons rapidement sur l'observation III, qui paraît être un exemple banal de la transformation néoplas-

sique d'un kyste bénin ; éventualité bien connue. sur la fréquence de laquelle on a beaucoup discuté, et qui a perdu maintenant tout intérêt.

Au contraire, les observations I et II, et surtout la première, nous mettent en présence d'une lésion inhabituelle : la nécrose d'ilôts cellulaires dans un épithélioma, aboutissant à une suppuration d'abord aseptique et localisée en foyers, puis étendue à toute la glande et secondairement infectée. Lésion dont les caractères cliniques et histologiques sont particulièrement nets et complets dans l'observation I, mais se retrouvent également dans l'observation II. Dans celle-ci, n'existant qu'à un degré minime, nécrose et suppuration n'ont guère modifié l'aspect apparent du néoplasme. Dans celle-là, au contraire, prenant le pas sur les formations tumorales, elles ont dominé la scène clinique, au point d'en imposer longtemps pour une mastite inflammatoire simple.

RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Il est probablement peu de chapîtres de la pathologie ayant donné lieu à un plus grand nombre d'ouvrages, de communications, de discussions, que celui des tumeurs mammaires, et cela sans interruption depuis une époque bien antérieure à l'avènement de la chirurgie moderne, puisqu'Hippocrate connaissait le cancer du sein et que Celse discutait les indications relatives de la mammectomie et du traitement médical.

Nous sommes donc bien certains de n'avoir exploré qu'une très faible partie de la littérature, ayant borné nos recherches à ce qui nous paraissait surtout se rapporter à notre sujet étroitement délimité : les cancers avec suppuration, et les associations de kystes et de cancers.

I. - Cancers avec phénomènes inflammatoires ou suppuration

1° CANCERS ACCOMPAGNÉS DE DOULEURS

La douleur est un des signes les plus constants de toute inflammation, et son absence est regardée à juste titre comme évoquant d'abord le cancer. Mais,

de même qu'il y a des suppurations froides indolores, on connaît des exemples de poussées douloureuses au cours de l'évolution de cancers authentiques : DELBET, par exemple, écrit que « dans 25 cas, sur 216 observations de cancers confirmés, la douleur est signalée. Six fois elle a été le signal symptôme. Dans quatre cas elles (les douleurs) se produisaient en même temps que des poussées d'augmentation de volume... »

Malgré la rareté relative de tels phénomènes, c'est là maintenant une notion bien connue, à tel point que le facteur douleur ne peut jamais être considéré comme décisif dans le diagnostic différentiel entre mastite chronique et néoplasme. Dans le « Précis de Diagnostic chirurgical », PATEL écrit en effet : « Quelques formes de néoplasmes sont anormalement sensibles lors d'une pression un peu fortement exercée... » Une des observations les plus typiques à cet égard est celle que MAGENDIE a récemment publiée à la Société de Chirurgie de Bordeaux : il s'agissait d'un squirrhe survenu après castration chirurgicale chez une femme de 39 ans, et qui évolua pendant deux ans en subissant chaque fois des poussées congestives d'accroissement accompagnées de douleurs spontanées et provoquées, ces signes locaux coïncidant avec des troubles vaso-moteurs généraux (bouffées de chaleur). La similitude *fonctionnelle* avec le syndrome mastite chronique est ici particulièrement marquée, et en effet le diagnostic est resté

longtemps hésitant. Cependant le terme de *squirrhe* par lequel l'auteur désigne la tumeur permet de penser que l'aspect anatomique de la tumeur, tout au moins à un stade un peu avancé de son évolution, était bien celui qu'on reconnaît habituellement au cancer. Il s'agit donc d'un cas bien différent des nôtres.

2° CANCERS ACCOMPAGNÉS DE SIGNES LOCAUX

D'INFLAMMATION

Sur ce point, les travaux sont extrêmement nombreux ; disons tout de suite, cependant, que nous n'en avons pas trouvé se rapportant exactement à nos observations.

Nous ne rappellerons pas le détail des discussions sur les rapports de la mastite chronique et du cancer, ni les hypothèses pathogéniques si longtemps controversées et sur lesquelles l'accord n'est pas fait : le rôle des mastites comme lésions pré-cancéreuses. Il reste, de ces discussions, au point de vue qui nous intéresse, des observations indiscutables de co-existence sur une même coupe histologique de lésions inflammatoires et tumorales. On en trouve plusieurs exemples dans le livre de DELBET déjà cité. Nous en avons également relevé un cas dans la Thèse de PERROT (observation LVI) : la coupe histologique montrait, sur une image générale de mammite kystique adénomateuse, en divers points une transfor-

mation épithéliomateuse évidente sous forme de prolifération intra-canaliculaire. L'aspect clinique, cependant, était nettement celui du cancer, ce qui éloigne ce cas de notre point de vue.

Les *phénomènes inflammatoires cliniques* nous intéressent davantage : la description de VOLKMANN de la *mastite carcinomateuse* est bien connue, en dépit de sa rareté, et nous n'y insisterons pas. Ses caractères bien tranchés, la rapidité de son évolution, font que le problème diagnostique ne se pose pas très longtemps. Les essais thérapeutiques sont en ce domaine plus intéressants, mais sortent de notre sujet.

D'un intérêt plus direct seront pour nous des cas moins dramatiques et plus trompeurs, tels que ceux décrits par KUTTNER sous le nom d'*érysipèle carcinomateux* ; nous en emprunterons la description à MANDL : « Le plus souvent après une amputation pour cancer, mais parfois primitivement, survient une rougeur érysipélateuse des téguments qui s'étend plus ou moins vite, avec fièvre modérée (38°). Il y a souvent au centre de la rougeur un épaississement cutané avec parfois des nodosités rouges. La mort survient rapidement par métastases internes ». Cette description s'applique très exactement à certaines phases de l'évolution de notre *observation I*, étiquetées « poussées de lymphangite » avant que le diagnostic ait été rectifié.

3° CANCERS ACCOMPAGNÉS DE SUPPURATION

Nous n'avons trouvé sur ce sujet que fort peu d'observations, et aucune comparable à la nôtre ; l'une des plus anciennes et des plus curieuses est celle de CORNIL : « Cancer du sein consécutif à une mastite chronique suppurative (obs. V). Il s'agissait d'une femme qui avait eu en 1894, à la suite de l'allaitement, plusieurs abcès du sein, ouverts, et dans lesquels ont avait placé des mèches. L'une de ces mèches avait été renouvelée constamment et était restée en place depuis dix ans, entretenant ainsi un écoulement peu abondant et un trajet fistuleux. Près de l'ancien foyer purulent, il s'était développé, quelque temps avant l'entrée de cette malade à l'hôpital, un noyau cancéreux, comparable aux épithéliomes qui surviennent sur les cautères, sur les brûlures et sur les ulcérations du lupus ». Nous ne trouvons ici qu'un intérêt anecdotique et rétrospectif, car il serait bien étonnant qu'une telle observation se rencontrât actuellement.

Certains aspects puriformes du suc cancéreux peuvent en imposer pour du pus : témoin cette observation recueillie dans la Thèse de Mme BOCQUENTIN-DUCOSTÉ : « Cancer diffus beaucoup plus gros qu'il ne paraissait. A la coupe, il sort de ses alvéoles une sorte de pus crémeux ». (Obs. 24). Dans le cas particulier, l'aspect clinique ne laissait pas de doute sur la

malignité ; mais on conçoit qu'une ponction ou une incision exploratrice eussent pu induire en erreur.

Plus éloignée déjà de notre point de vue est l'observation de NANTA et CHATELLIER, dans laquelle une infection mycosique était surajoutée au cancer.

Nous n'insisterons pas non plus sur les cas d'association de *cancer et de tuberculose du sein* dont les observations sont maintenant assez nombreuses (VILLARD, OKINCZYK). Il s'agit en général de lésions tumorales, desquelles la malignité ne risque guère d'être méconnue.

En résumé, si l'observation de Mme BOCQUENTIN-DUCOSTÉ peut être rapprochée de notre observation II (en revanche nous n'avons trouvé, au cours de nos lectures, aucun cas comparable à notre observation I.

II. - Cancers et kystes du sein

L'étude des rapports entre les kystes du sein et le cancer a donné lieu à des études aussi approfondies et à des discussions aussi passionnées que celle des mastites chroniques. Nous ne rappellerons pas ici les nombreuses communications faites sur ce sujet, tant à propos des kystes simples qu'à propos de la maladie de Reclus. La bénignité initiale des kystes, la possibilité et pour certains la relative fréquence de leur transformation maligne sont des faits bien connus et sur lesquels il nous est inutile d'insister.

Les cancers du sein à forme kystique sont également connus de longue date ; ils peuvent se présenter sous deux formes : la dégénérescence kystique des gros cancers encéphaloïdes, décrite par VELPEAU, et les cancers kystiques d'emblée. Ceux-ci, les seuls qui puissent présenter une difficulté diagnostique, ont fait l'objet de travaux récents : d'une part de BÉRARD, MARTIN et HENRY, d'autre part de MOULONGUET. Ce dernier insiste sur la difficulté du diagnostic, et sur l'intérêt que peut présenter, dans ces cas, la diaphanoscopie.

Notre *observation III* nous semble se rapprocher dans une certaine mesure de ces dernières. Nous avons cru bon de mettre en évidence une fois de plus le risque d'erreur que peut comporter une lésion en apparence bénigne, risque d'autant plus considérable que l'impression clinique serait faussement confirmée par l'apparence macroscopique.

III. - Les examens histologiques pratiqués en vue du diagnostic et des indications opératoires

L'opportunité de l'examen histologique pré-opératoire a pu être discutée, mise en parallèle avec la simple incision pour inspection macroscopique. HARTMANN a préconisé, tout récemment encore, la résection partielle de la glande pour examen complet

lorsque la biopsie extemporanée laisse subsister un doute ; l'opération ainsi pratiquée en deux temps ne serait pas préjudiciable : sur 13 cas il n'a observé
ne récidence locale.

Ces considérations n'ont pour nous qu'un intérêt très relatif, étant donné le progrès réalisé par les techniques d'examen extemporané. Il ne nous appartient pas de prendre parti entre le procédé par congélation et la technique dite « ultropak », c'est là le domaine du spécialiste, où nous n'avons aucune compétence pour nous aventurer. Les résultats, ici comme en bien d'autres matières, dépendront plus du technicien que de la technique.

Mais nous croyons utile, à la lumière de notre *observation III*, de conseiller, outre le prélèvement de la tumeur, celui d'un ganglion, dont l'examen sera parfois plus fécond.

CONCLUSIONS

I. Nous apportons trois observations de cancers du sein dont l'aspect macroscopique trompeur a pu faire croire à tort à la bénignité. — Dans la première, la suppuration était au premier plan du tableau clinique. — Dans la seconde, elle existait, mais de façon très discrète. — Dans la troisième, l'aspect était celui d'un kyste.

II. Les coupes histologiques des cas 1 et 2 montrent l'intrication intime du processus néoplasique et du processus suppuratif, lequel résulte d'une inflammation aseptique d'évolution lente.

III. Les coupes de la tumeur du cas 3 laissent place au doute, alors que celles des ganglions sont démonstratives.

IV. En conclusion, nous désirons mettre en évidence :

1  L'insuffisance de l'examen macroscopique pour le diagnostic de certaines lésions du sein, même si l'on constate la présence de pus ;

2° La nécessité de l'examen histologique extemporané dans ces cas ;

3° L'intérêt qu'il peut y avoir, lorsque le doute subsiste après cet examen, à faire immédiatement la biopsie d'un ganglion axillaire.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

MATHIEU.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU : *Le Président de Thèse,*

TROISIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD, MARTIN et HENRY. — Sur une forme exceptionnelle de cancer kystique du sein chez une femme âgée. *Soc. de Chir. de Lyon*, 10-6-37, in *Lyon Chir.*, 1938, p. 66.
- BÉRARD et MARTIN, — Rapports entre la maladie de Reclus et le cancer double du sein. *Soc. de Chir. de Lyon*, 30-6-38, in *Lyon Chir.*, 1939.
- BOCQUENTIN-DUCOSTÉ. — Le pronostic du cancer du sein opéré. *Thèse*, Paris, 1932.
- CAMPBELL. — Rapports entre affections kystiques du sein et carcinome. *Archives of Surgery*, juin 1934.
- COLLUCCI. — Tumeur kystique du sein. *Policlinico*, 15-6-1929.
- COLT BLOODGOOD. — Variations du tableau clinique des lésions du sein. *Amer. Journ. of Med. Sciences*, janv. 1930, pp. 27-47.
- CORNIL. — Les tumeurs du sein, 1 vol., 1908.
- CUTLER. — Rapports entre mastites, kystes et néoplasmes du sein. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 24 décembre 1932.
- DUPUY DE FRENELLE. — Les tumeurs dites bénignes du sein contiennent parfois des germes de cancer. Leur opération large mais esthétique. *Soc. des Chir. de Paris*, 8 novembre 1935.

- GERNEZ et TOURAINE. — Mastite et cancer du sein. *Bull. Soc. de Dermatol.*, avril 1932.
- GRONWALD. — Quelques lésions rares du sein. Diagnostic avec le cancer. *Klinische Wochenschrift*, 4 avril 1931, p. 641.
- HARTMANN. — A propos des cancers du sein. *Ass. Franç. pour l'étude du cancer*, 20 juin 1938.
- HANDLEY. — Le cancer du sein. 1 vol., 1910 (Maloine).
- Mastite chronique et cancer du sein, obs. de cinq sœurs. *Brit. Med. Journ.*, n° 4045, 16 juillet 1938.
- JUNGUEIRA. — Tuberculose ou sarcome du sein: *O Hospital* (Rio-de-Janeiro), juillet 1933.
- KLAGES. — Sein kystique et cancer. *Zentralblatt für Chir.*, 7 mai 1932, p. 1180.
- LECÈNE et LENORMANT. — Précis de Pathologie chirurgicale.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale, 3 vol. Paris, 1926, tome II, par LECÈNE.
- LEROUX et PERROT. — Cancers du sein. *Bulletin du Cancer*, mai 1932.
- MAGENDIE. — Sur un cas de cancer du sein à forme douloureuse. *Soc. de Chir. de Bordeaux*, 24 février 1938.
- MEIER. — Les cas de cancers du sein observés de 1898 à 1920 à l'Hôpital Cantonal d'Aarau. *Brunn's Beitr. zur Kl. Chir.*, t. 140, 1927, pp. 632-660.
- MANDL. — Sur des formes rares du carcinome mammaire. *Wiener Kl. Wochenschrift*, 1934, n° 17, pp. 521-523.

MOULONGUET. — Kyste néoplasique du sein (rapp. sur une observ. de JANOPULO). *Académie de Chir.*, 2 mars 1938.

— Les diagnostics anatomo-cliniques de Lecène, t. IXXX.

NANTA et CHATELLIER. — Sur un épithélioma du sein à cellules dissociées ayant subi une infection mycosique. *Bull. Ass. Fr. p. l'étude du Cancer*, t. 14, 1925, pp. 159-161.

PATEL. — Précis de diagnostic chirurgical (sous la direction de LENORMANT), t. III.

PERROT. — Etude anatomo-clinique des cancers du sein. *Thèse*, Paris, 1932.

RENON. — Des kystes du sein. *Gaz. des Hôp.*, 14 avril 1904.

SANTERO. — L'éréysipèle carcinomateux. *Minerva Medica*, 1-12-32.

VILLARD et MARTIN. — Coexistence de cancer et de tuberculose du sein et des ganglions axillaires. *Assoc. Franç. p. l'étude du Cancer*, 20 février 1933.

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LEGRAND
